

訪問診療のご依頼方法

この度は当院の訪問診療の利用をご検討いただき、誠にありがとうございます。

当院では『訪問診療依頼書』によるご依頼の受付を行っております。

下記資料①～④をご確認いただきまして、資料②を（必要時には③も）ご記入の上 FAX または郵送にてご送付ください。

お送りいただいた書類の確認後、担当者より折り返しご連絡させていただきます。

【資料のご案内】

資料① 当院の在宅医療について

資料② 訪問診療依頼書

資料③ 訪問診療依頼書（※ターミナルケア用）

資料④ 個人情報保護への取り組み

【ご送付いただくもの】 ～FAX または郵送にて送付ください～

在宅ターミナルケアをご希望の場合 ⇨ 資料②と③

上記以外の場合 ⇨ 資料②

* 貴施設でのサマリーやフェイスシート、ケアプラン、診療情報などがございましたら
訪問診療依頼書と併せてご送付ください。

※注意事項※

- ◆ 病状やご住所など様々な事情により、ご依頼をお受けできない場合がございます。
その際は誠に恐れ入りますが、ご容赦ください。
- ◆ ご家族の方で訪問診療をお考えの場合、ケアマネジャーさんや担当医・看護師などを
通してご依頼ください。（依頼書の形式上、医療・介護従事者用となっております）
- ◆ ご依頼に際しては、資料④「個人情報保護への取り組み」を必ずご参照いただきまして、
患者様やご家族様にもその趣旨をご理解いただきますようお願いいたします。

～何かご不明な点などございましたら、お気軽に当院までご連絡ください～

医療法人訪友会

さっぽろ在宅医療クリニック

〒001-0037

札幌市北区北 37 条西 4 丁目 2-6

電話：011-708-3330

FAX：011-708-3331

さっぽろ在宅医療クリニックの在宅医療について

□在宅医療とは？

医師と看護師が患者さまのご自宅に訪問し、診察・検査・治療を行う事です。

様々な疾患のために通院が困難な方に対し、定期的な訪問診療と往診（後述）、また各種医療・介護サービスとの協力を行って全身状態の維持・向上に努めます。

□診療内容

当院では、完全予約制で訪問診療を行っております。

（※定期的な診療が始まっていない状況では緊急往診を行うことができません）

在宅では患者さまの状態に応じて、血圧測定・採血・超音波検査（エコー）などの検査や投薬（協力薬局による薬剤配達）、注射・点滴などの治療を行う事が可能です。

□対象となる患者さま

寝たきり状態、医師の管理が必要な医療機器を使用中、病状により自宅療養を望まれる方 など
（詳しくは当院スタッフまでお尋ねください）

- 例） ＊脳梗塞後遺症 ＊神経筋疾患 ＊認知症による通院困難
 ＊重度の心不全、呼吸器疾患 ＊在宅ターミナルケア など

□訪問診療と往診の違い

<訪問診療>…ご自宅での定期的な診察の事です。

完全予約制で2週間に1回（病状により毎週）の訪問診療を行っています。

<往診>…病状の悪化や状態変化などの際、訪問診療以外の時間に行う臨時の診察の事です。

□24時間対応の緊急時連絡体制

当院で在宅診療を受けている患者さまには《緊急連絡先》を記した書類をお渡ししており、急変時や緊急時などに24時間体制で連絡を受け付けています。



緊急時連絡体制とは・・・

24時間対応で医師または看護師が連絡を受け、往診を行うことが可能です。
ただし下記のような状況では電話連絡のみの対応となることや、当方の指示のもとにご自身（ご家族）で救急病院などへ受診していただく場合もあります。

【往診が不可能な場合（例）】

- ・明らかに他科疾患（骨折や皮膚疾患など）で専門医の診察が必要なとき
- ・一刻を争う状況（意識障害や大量出血など）
- ・他の患者さまの診療中で、早急な往診が不可能なとき など

訪問診療依頼書

年 月 日

当院では訪問診療の開始前に下記の内容についてご記入をお願いしています。
 FAX あるいは郵送にてご返信ください。ケアプラン、フェイスシート、サマリー等、直近の情報も合わせてご送付願います。
 下記の内容が他の情報提供書類と重複する場合は空欄で結構です。

【氏名】 カナ 様	【年齢】 才	【生年月日】					
	【性別】 男・女	【TEL】 -					
【介護認定】 有・無・申請中		【介護度】 支・介〔1・2・3・4・5〕					
【住所】〔入院中・自宅・施設入居〕	【保険の種類】 生保・社保・国保・後期 / 公費〔障がい・難病〕						
	【駐車入 ^o -入】 無・有〔場所⇒ 〕						
【依頼元】 職種（ ）・ご家族 TEL - お名前 様	【依頼経緯】 〔CM・訪看・主治医〕の勧め 〔本人・家族〕の希望						
【ケアマネジャー】 施設名 TEL - 担当 CM	【訪問看護】 利用中・利用していない・導入調整中 施設名 TEL - 担当 Ns						
【現在の病院】 病院 科 先生							
【退院予定日】(入院中の場合) 月 日 () AM・PM 未定の場合〔来週中・今月中・ 頃〕							
【病名】 【経緯・状況】 【家族背景・キーパーソン】 【ご本人・ご家族の要望】	【問題点・前段階準備】 ↓チェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養〔胃ろう〕 <input type="checkbox"/> 気道管理〔吸引・気管切開〕 <input type="checkbox"/> 排泄〔オムツ・尿カ・ポ・タブル〕 <input type="checkbox"/> 皮膚・褥創 <input type="checkbox"/> その他						
【導入予定のサービス】・訪看 ・デイ ・訪問入浴 ・ALPA - ・訪川	【後方連携】 定期・他科受診など予定も含め記入下さい						
【現在のサービス】 ①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ALPA - ⑤訪川							
	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
【その他】 連絡事項等ありましたらご記入ください							

ターミナルケア用 訪問診療依頼書

在宅でのターミナルケアをご希望の方は、下記の情報も合わせてご送付ください。

	ご本人	ご家族
【病状説明・告知】 ①進行状況 ②予後 ③急変時の対応	 〔ホスピス・看取り〕についての説明 ⇒〔有・無〕	 〔ホスピス・看取り〕についての説明 ⇒〔有・無〕
【受け止め・理解】 ①疾患・予後に関して ②退院指導内容に対して		
【在宅への不安・要望】 ①点滴等医療処置について ②急変時の対応 ③看取りについて ④在宅での希望		
【前段階準備・必要物品】 現在使用している医療器具や必要物品にあてはまるものをご記入ください <input type="checkbox"/> HPN・ポ-ト〔カテーテル・リザーボ-・点滴棒〕 <input type="checkbox"/> PEG〔種類〕 <input type="checkbox"/> 呼吸管理〔在宅酸素・吸引器・吸入器〕 <input type="checkbox"/> 排泄〔オムツ・ポ-タブルトイレ・尿缶〕 <input type="checkbox"/> 皮膚・褥創〔エアマット使用中〕 <input type="checkbox"/> 福祉用具〔ヘルメット・車椅子・歩行器〕	【その他】	

当院は個人情報を下記の目的で利用し、取り扱いには細心の注意を払っております。

お伺いした情報は当院が提供する医療サービスを、より良いものとしていくことを目的として利用させていただき、事前の同意なしに第三者に対して情報を開示することは原則としてありません。

ただし以下の利用目的に従う場合に限り、第三者に対してご記載いただいた内容を公開する場合があります。ご不明な点はどうぞお気軽にご相談下さい。

当院における個人情報の利用目的

◎医療提供

- ・当院での医療サービスの提供
- ・他の病院や診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・他の医療機関等からの照会への回答
- ・患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託その他の業務委託
- ・ご家族等への病状説明
- ・その他、患者さんへの医療提供に関する利用

◎診療費請求のための事務

- ・当院での医療、介護、公費負担医療などに関する事務およびその委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ・その他、医療、介護、および公費負担医療などに関する診療費請求のための利用

◎当院の管理運営業務

- ・会計、経理
- ・医療事故等の報告
- ・当該患者さんの医療サービスの向上
- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用

◎企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

◎医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

◎医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

◎当院内において行われる医療実習への協力

◎医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

◎外部監査機関への情報提供

付記

- ・上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、お申し出ください。
- ・お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせて頂きます。
- ・これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。